様式第七十六（第百三十九条関係）

捨印

店舗販売業許可申請書

店舗の名称		
店舗の所在地		〒　－ 仙台市　　区 TEL　（　）　　FAX　（　）
店舗の構造設備の概要		別紙①－1、別紙①－2のとおり
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要		別紙②－1、別紙②－2、別紙③のとおり
（法人にあつては）店舗販売業者の業務を行う役員の氏名		□別添（組織図等業務を行う役員を示す書類）のとおり □個人申請のためなし
通常の営業日及び営業時間		別紙②－1のとおり
相談時及び緊急時の連絡先		別紙④のとおり
特定販売の実施の有無		別紙⑤のとおり
申請者（法人にあつては、その業務を行う役員を含む。）の欠格条項	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消されたこと	
	(2) 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消されたこと	
	(3) 禁錮以上の刑に処せられたこと	
	(4) 薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反したこと	
	(5) 後見開始の審判を受けていること	
備考		・施行令第49条の規定による管理医療機器販売業貸与業届出の特例に □　別紙④のとおり該当する　　□　該当しない ・店舗管理者は薬剤師法第8条の2第1項の規定による厚生労働大臣の命令（再教育研修命令）を受けた者である □　該当しない　　□　該当する（再教育研修終了登録証の提示） ・許可希望日　　年　　月　　日

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

年　　月　　日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）　　印

（あて先）仙台市保健所長　　殿

TEL　（　）

連絡（担当）者名　　連絡先 TEL

（注意）

1　用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

2　字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。

3　相談時及び緊急時の連絡先欄には、原則として電話番号を記載し、必要に応じてメールアドレス等も記載すること。

4　申請者の欠格条項の(1)欄から(5)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、あるときは、(1)及び(2)欄にあつてはその理由及び年月日を、(3)欄にあつてはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた場合はその年月日を、(4)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を、(5)欄にあつては「ある」と記載すること

※添付資料確認用

- □ ０１店舗販売業許可申請書
- □ ０２店舗の構造設備概要等　別紙①－１、別紙①－２（店舗の平面図）
- □ ０３店舗の体制の概要等　別紙②－１、別紙②－２
- □ ０４資格者一覧　別紙③
- □ ０５管理医療機器別記様式及び兼営事業の種類等　別紙④
- □ ０６特定販売に関する事項　別紙⑤
- □ ０７登記事項証明書原本（開設者が法人の場合）
- □ ０８組織図等業務を行う役員を示す書類（開設者が法人の場合）
- □ ０９開設者等の診断書（法人の場合疎明所でも可、薬事に関する業務を行う役員全員分）
- □ １０使用関係証明書（資格者全員分）
- □ １１資格を証明する書類（原本と写し）
- □ １２仙台市メール配信サービスの登録に関する報告書

※体制確認用

【通常の開店時間等】＊　開店時間には、特定販売のみを行う時間は含みません。（開店時間＝営業時間－特定販売のみを行う時間）

週当たりの開店時間等		
店舗の開店時間	①	時間
要指導医薬品又は一般用医薬品を販売する開店時間	②	時間
要指導医薬品又は第一類医薬品を販売する開店時間	③	時間
要指導医薬品を販売する開店時間	④	時間
第一類医薬品を販売する開店時間	⑤	時間
情報提供するための設備	⑥	カ所

【要指導医薬品又は一般用医薬品の販売等に従事する薬剤師及び登録販売者の勤務状況】

＊　勤務時間数は、週当たりの各専門家の勤務時間数の総和とし、特定販売のみに従事する勤務時間数は除きます。

	医薬品（要指導医薬品・一般用医薬品）の販売等に従事する勤務時間数（週当たり）	要指導医薬品又は第一類医薬品の販売等に従事する勤務時間数（週当たり）
薬剤師	時間	時間
登録販売者	時間	
総和	⑦　時間	⑧　時間

【体制省令への適合状況】　＊　体制省令：薬局並びに店舗販売業及び配置販売業の業務を行う体制を定める省令

要指導医薬品又は一般用医薬品販売に従事する専門家の勤務時間数 ⑦ ／ 情報提供設備の数 ⑥	＝		≧ ②	要指導医薬品又は一般用医薬品を販売する開店時間（体制省令第2条第1号）
要指導医薬品又は一般用医薬品を販売する開店時間 ②	≧	① ／ 2	店舗の開店時間	（体制省令第2条第5号）
要指導医薬品又は第1類医薬品販売に従事する薬剤師の勤務時間数 ⑧ ／ 情報提供設備の数 ⑥	＝		≧ ③	要指導医薬品又は第一類医薬品を販売する開店時間（体制省令第2条第6号）
要指導医薬品を販売する開店時間 ④	≧	② ／ 2	要指導医薬品又は一般用医薬品を販売する開店時間	（体制省令第2条第7号）
第一類医薬品を販売する開店時間 ⑤	≧	② ／ 2	要指導医薬品又は一般用医薬品を販売する開店時間	（体制省令第2条第8号）

様式(Ⅰ－1)

店 舗 の 構 造 設 備 概 要 等 別紙①－１

許可番号	※記載不要	店舗の名称		記入年月日	

建物の構造	全体の面積 ＿＿＿＿＿＿㎡ 木造・鉄筋・モルタル・(　　) 造り＿＿＿階建て＿＿＿階使用		
店舗の総面積①＋②＋③	＿＿＿＿＿㎡	医薬品を通常陳列し交付する場所の面積 ①	＿＿＿＿＿㎡
		医薬品以外のものを取扱う場所の面積 ②	＿＿＿＿＿㎡
(売場面積①＋②)	(＿＿＿＿＿㎡)	①②以外で医薬品を保管する場所の面積 ③	＿＿＿＿＿㎡
売場と他の場所との区分	他の場所とは、＿＿＿＿＿＿＿＿で明確に区分されている。		
①と②の場所との区分	①の場所と②の場所とは、＿＿＿＿＿＿で明確に区分されている。		
③と他の場所との区分	保管場所と他の場所とは、＿＿＿＿＿＿で明確に区分されている。		
外観から明らかとする方法	看板設置・その他（　　）		
誰もが容易に出入りできる構造	該当する・該当しない(理由：　　)		

冷暗貯蔵設備	有　・　無	種類（電気冷蔵庫・　　）　有効容量（　　L)
鍵のかかる貯蔵設備 (毒薬)	有　・　無	材質種類（　　）　鍵の種類（　　） 大きさ（幅＿＿＿＿ｃｍ×高さ＿＿＿＿ｃｍ×奥行＿＿＿＿ｃｍ）
要指導医薬品陳列区画	有　・　無	オーバーザカウンター・　鍵付きのケース・その他（　　）
第１類医薬品陳列区画	有　・　無	オーバーザカウンター・　鍵付きのケース・その他（　　）

保管設備	要指導医薬品保管設備	有　・　無	第１類医薬品保管設備	有　・　無

情報提供設備の数	箇所

	材質			換気の方法
	床	天井	かべ	
売場				
バックヤード等				

閉店の設備	有　・　無	閉店の方法（ドアを施錠・　　）
医薬品陳列場所閉鎖設備	有　・　無	閉鎖の方法（　　）
要指導医薬品陳列区画閉鎖設備	有　・　無	閉鎖の方法（陳列設備を施錠・　　）
第１類医薬品陳列区画閉鎖設備	有　・　無	閉鎖の方法（陳列設備を施錠・　　）

医薬品の保管設備が別の場所にある場合の建物の構造	全体の面積 ＿＿＿＿＿＿㎡ 木造・鉄筋・モルタル・(　　) 造り＿＿＿階建て＿＿＿階使用

様式(Ⅰ－1)

店舗の構造設備概要 等 別紙①－２

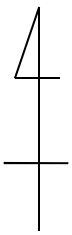
店舗の平面図（鍵のかかる貯蔵設備の場所がわかる図面を添付してください。）

寸法を記入し、以下の主要な設備を図示すること

- □ 冷暗貯蔵設備　□ 鍵のかかる貯蔵設備(毒薬専用保管庫)
- □ 情報提供設備　□ 要指導医薬品の陳列(保管)設備　□ 第一類医薬品の陳列(保管)設備
- □ 指定第二類医薬品の陳列場所　□ レジの場所　□ 医療機器の保管設備　□ その他（　　）
- □ 特定販売のための設備（通信に使用する機器、監視のための設備（画像記録設備・画像送信設備・電話機））

※同一敷地に建築物が複数ある場合やフロアを区画して店舗とする場合は当該店舗がわかる図面を添付してください。

<参考>　店舗付近の見取り図



（地図もしくは目標を示した略図）

※店舗の平面図および店舗付近の見取り図は、別紙可。ただし、用紙の大きさは日本工業規格 A4 とすること。

様式(Ⅰ－2)　　店舗の業務を行う体制の概要 等　　別紙②－１

許可番号	※記載不要	店舗の名称		記入年月日	

要指導医薬品又は一般用医薬品を販売しない開店時間 有であれば医薬品陳列場所の閉鎖設備が必要です→	□　医薬品（要指導医薬品・一般用医薬品）の販売はしない □　開店時間中は常に医薬品（要指導医薬品・一般用医薬品）を販売する □　医薬品（要指導医薬品・一般用医薬品）を販売しない開店時間が有る
要指導医薬品を販売しない開店時間 有であれば要指導医薬品陳列区画の閉鎖設備が必要です→	□　要指導医薬品の販売はしない □　開店時間中は常に要指導医薬品を販売する □　要指導医薬品を販売しない開店時間が有る
第１類医薬品を販売しない開店時間 有であれば第１類医薬品陳列区画の閉鎖設備が必要です→	□　第１類医薬品の販売はしない □　開店時間中は常に第１類医薬品を販売する □　第１類医薬品を販売しない開店時間が有る
特定販売のみを行う営業時間 有であれば監視を行うための設備が必要です→	□　特定販売はしない □　特定販売は開店時間中に行う □　開店時間外に特定販売のみを行う営業時間が有る

通常の営業日及び営業時間			営業日	営業(開店)時間 （例）８：００～２１：００	週当たりの時間数
	実店舗による販売	①　店舗の営業日と開店時間			時間　分
		②　医薬品(要指導医薬品・一般用医薬品)を販売する営業日と開店時間			時間　分
		③　要指導医薬品・第1類医薬品を販売する営業日と開店時間			時間　分
	特定販売	④　特定販売を行う営業日と営業時間			時間　分
		⑤　開店時間外に特定販売のみを行う営業日と営業時間			時間　分
		⑥　上記⑤のうち第1類医薬品を販売する営業日と営業時間			時間　分
		⑦施設の営業日と営業時間 ※ 大型ショッピングセンター等の施設内に薬局を設ける場合のみ記入			時間　分

※別紙②－１において販売とは販売又は授与のことをいう。

様式(Ⅰ－2)　　店舗の業務を行う体制の概要 等別紙②－２

体制省令第２条第１項第３号及び第９号関係に基づく措置等について	
営業時間又は営業時間外で相談を受ける時間内における相談があった場合の情報提供及び指導を行うための体制の有無	有　・　無
要指導医薬品等の適正販売等を確保するための指針の策定の有無	有　・　無
従事者に対する研修の実施体制の有無（特定販売を行う店舗にあっては、特定販売に関する研修を含む。）	有　・　無
従事者から店舗販売業者への事故報告の体制の整備の有無	有　・　無
要指導医薬品等の適正販売等のための業務に関する手順書の有無	有　・　無
要指導医薬品等の適正販売等のための情報の収集その他要指導医薬品等の適正販売等の確保を目的とした改善のための方策の有無	有　・　無

様式(AI－1)　　従事する資格者一覧　別紙③　＿＿＿枚中／＿＿＿枚目

許可番号:　※記載不要	薬局(店舗)の名称:	記入年月日:

管理者	氏名	
	住所	
	週当たり勤務時間	時間　分／週
	種別	薬剤師・登録販売者
	登録番号	第　号
	登録年月日	昭和・平成　年　月　日
その他の薬剤師又は登録販売者	氏名	
	住所	
	週当たり勤務時間	(□研修中)　時間　分／週
	種別	薬剤師・登録販売者
	登録番号	第　号
	登録年月日	昭和・平成　年　月　日
	氏名	
	住所	
	週当たり勤務時間	(□研修中)　時間　分／週
	種別	薬剤師・登録販売者
	登録番号	第　号
	登録年月日	昭和・平成　年　月　日
	氏名	
	住所	
	週当たり勤務時間	(□研修中)　時間　分／週
	種別	薬剤師・登録販売者
	登録番号	第　号
	登録年月日	昭和・平成　年　月　日
	氏名	
	住所	
	週当たり勤務時間	(□研修中)　時間　分／週
	種別	薬剤師・登録販売者
	登録番号	第　号
	登録年月日	昭和・平成　年　月　日
	合計人数	薬剤師：　人　登録販売者：　人　**合計**：　**人**
	週当たり勤務時間数合計(研修中除く)	薬剤師:　時間　分／週
		登録販売者:　時間　分／週
		合計:　時間　分／週
	上記のうち開店時間外に特定販売に従事する勤務時間数合計	薬剤師:　時間　分／週
		登録販売者:　時間　分／週

(注意) 1　本用紙に書ききれない場合には、用紙を追加してください。
2　登録販売者で規則第15条第2項に該当する方は、週当たり勤務時間欄の「研修中」にレ点を記入願います。

様式(Ⅰ－3)

店舗販売業の兼営事業の種類 等　別紙④

許可番号	※記載不要	店舗の名称		記入年月日	
相談時及び緊急時の連絡先		電話番号：（　　）　　―			
販売・授与する医薬品の区分 (該当するものにチェックをつけること)		□ 要指導医薬品　□ 第１類医薬品 □ 第２類医薬品(指定第２類医薬品を除く。) □ 指定第２類医薬品　□ 第３類医薬品			
当該店舗以外の薬局、店舗販売業の許可の有無			有　・　無		
深夜営業（午後 10 時以降の営業時間）の有無			有　・　無		

兼営事業の種類（行っている事業にチェックをつけること）

□　医薬品卸売販売業	□　毒物劇物一般販売業
□　高度管理医療機器（販売業・貸与業）	□　毒物劇物農業用品目販売業
□　管理医療機器（販売業・貸与業）	□　毒物劇物特定品目販売業
□　一般医療機器（販売業・貸与業）	□　その他（　　）
□　医薬部外品販売業	□　*なし*
□　化粧品販売業	

※以下は、 管理医療機器販売業貸与業届出を行う方のみ記載すること

みなし管理医療機器販売業貸与業届出

業 種		１．販売業　２．貸与業
取扱品目（取扱う品目にレ点をつけること）	□　家庭用 （特定管理医療機器以外の管理医療機器）	※取扱い品目が家庭用のみの場合は、営業管理者設置は不要
	□　管理 （補聴器、家庭用電気治療器、プログラム特定管理医療機器以外の特定管理医療機器）	営業管理者　□管理者　□管理者以外の者 氏名：
	□　補聴器	住所：
	□　家庭用電気治療器	営業管理者の資格：（該当する資格にレ点をつけること） □　施行規則第１７５条第１項（薬剤師） □　施行規則第１７５条第１項（みなし合格者 元薬種商） □　施行規則第１７５条第１項（基礎講習修了者） □　施行規則第１７５条第１項（その他：　　） □　施行規則第１７５条第１項　　号
	□　プログラム特定管理医療機器	

様式(AI－5)

特定販売に関する事項　別紙⑤

許可番号	※記載不要	薬局(店舗)の名称		記入年月日	

特定販売の有無

□有　・　□無　※無の場合、以下記入不要

特定販売で異なる名称の表示　※実店舗の名称と異なる名称で特定販売を行う場合は「有」にチェック

□有　・　□無 ※有の場合、右側も記入	名称：

特定販売で取り扱う医薬品の区分

□薬局製造販売医薬品（劇薬を除く）　□第１類医薬品　□指定第２類医薬品
□第２類医薬品(指定第２類医薬品を除く)　□第３類医薬品

特定販売を行う際に使用する通信手段　※複数ある場合はすべて記入、通信器具は施設許可面積内にあること

□電話　□FAX　□電子メール　□電子商取引　□郵便
□その他(　　)

特定販売を行う営業日及び営業時間

別紙②－１のとおり　※営業時間は、資格者が注文内容を確認した時点から運送業者等に引き渡せる状態にするまでの業務を行う時間のこと

特定販売のみを行う営業日及び営業時間　※実店舗閉店後も特定販売を行う場合は「有」にチェック

□有　・　□無 ※有の場合、右側も記入	仙台市が監督を行うために必要な設備 画像を記録する設備： 画像を送信する設備： 通信に使用するメールアドレス：※フリーメールサービスのアドレスは不可 ＿＿＿

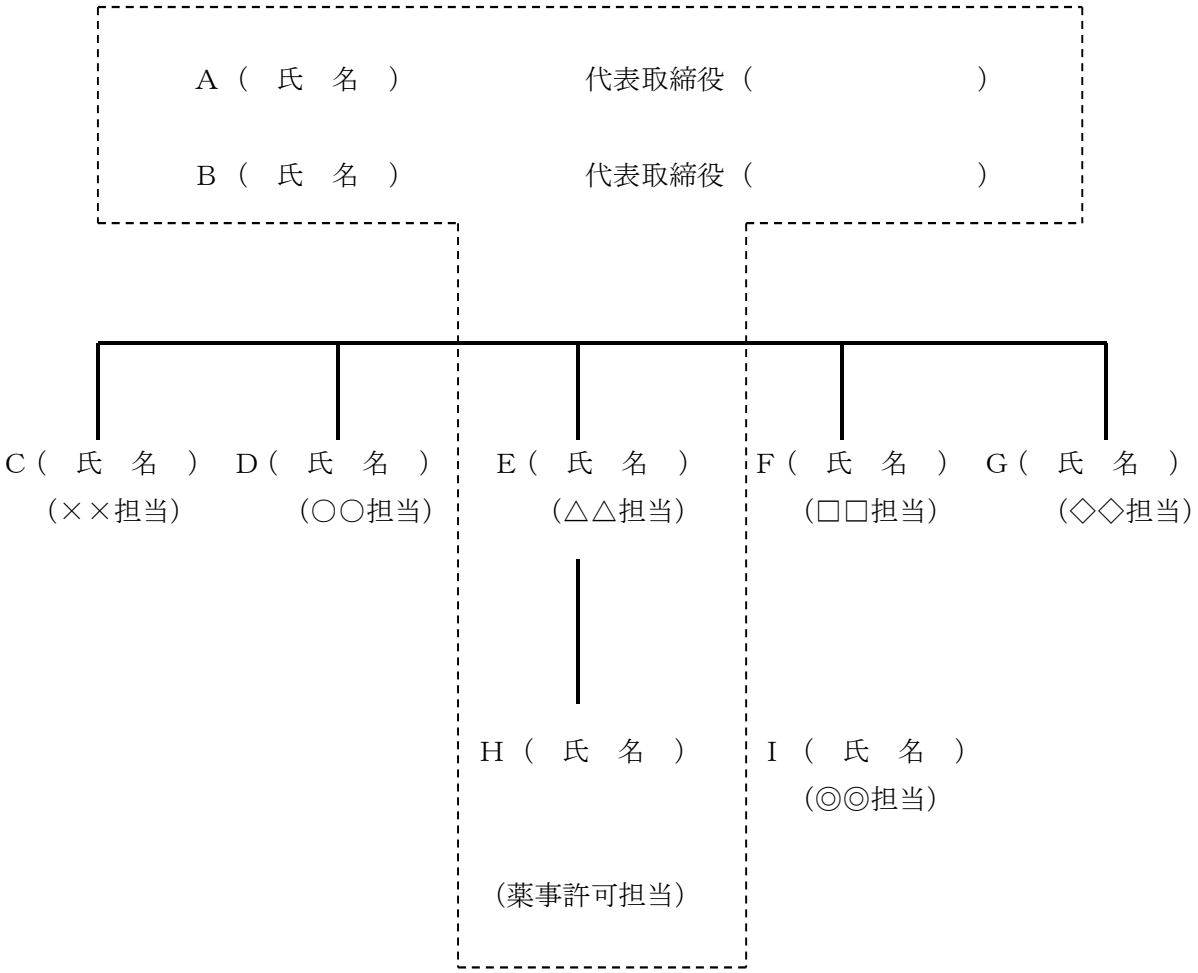
＜申請者が法人の場合必要＞

登記事項全部
証明書
(原本)

原則、有効期間は、６ヶ月とします。

（　例　）

○○○○○会社役員組織図



会社を代表すべき取締役及び医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律の許可に係る業務を担当する取締役は、上記点線内の者であることに相違ありません。

平成　　年　　月　　日

業務を行う役員を明確に記載し、代表者印を押印してください。

○○県○○市○○区○○１－１
○○○○○会社
代表取締役　　氏　名　　印

様式(共通－1)

診　　断　　書

氏名		性別	男	女
生年月日	大正 昭和　　年　　月　　日 平成	年令	才	

上記の者について、下記のとおり診断します。

1　精神機能

精神機能の障害

□　明らかに該当なし　　□　専門家による判断が必要

専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に）

2　麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒

□　なし

□　あり

※詳細については別紙も可

診断年月日	年　　月　　日	
医　　師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称	
	所在地	TEL
	氏　名	印

様式(共通－4)

疎　明　書

私は、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第５条第３号ホに規定する麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒者ではないこと及び同号へに規定する精神機能の障害により、欠格事由に該当する者ではないことを疎明いたします。

年　　月　　日

住　　所

氏　　名　　印

（　　年　　月　　日生）

様式(共通－1)

捨印　　捨印

使 用 関 係 証 明 書

年　　月　　日

使 用 者　　住　所

氏　名　　印

被使用者　　住　所

氏　名　　印

私どもは，下記条件のもとに使用関係にあることを証明します。

記

1　勤務場所の所在地及び名称

所在地:

名称:

2　勤務内容 （該当する内容に○。登録販売者の場合は該当する□にレ点を記入すること。）

・店舗管理者（薬剤師）

・店舗管理者（登録販売者）

□H27.3.31 以前の試験合格者である。

□別添のとおり、過去 5 年間のうち 2 年以上、業務又は実務経験がある。

↳ 勤務場所に（業務・実務）従事証明書写しと必要な記録を保存します。

・その他の薬剤師

・その他の登録販売者

□H27.3.31 以前の試験合格者である。

□過去 5 年間のうち 2 年以上、業務又は実務経験がある。

↳ 勤務場所に（業務・実務）従事証明書と必要な記録を保存します。

□管理代行者になれない登録販売者である。（規則第 15 条第 2 項に該当する）

様式(AI－3)

（登録販売者用）

業務従事証明書

平成　　年　　月　　日

仙台市保健所長　様

薬局開設者又は
医薬品の販売業者名
代表者氏名　　㊞
（法人の場合は、代表印）
（連絡先電話番号：　　）

管理者氏名　　㊞

下記の者の業務は、以下のとおりであることを証明します。なお，その詳細については別添の業務状況証明書のとおりです。

氏　　名	（生年月日：　　年　　月　　日）
住　　所	〒
薬局、店舗又は配置販売業の名称等	名称：　　許可番号： 業態：該当する□にレを記入すること。 □ 薬局　　□店舗販売業　　□その他（　　）
薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域	

1. 業務期間
　　年　　月 ～　　年　　月　（　　年　　月間）

2. 業務内容（期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた業務に該当する□にレを記入）
　□主に一般用医薬品の販売等の直接の業務
　□一般用医薬品の販売時の情報提供業務
　□一般用医薬品に関する相談対応業務
　□一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
　□一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
　□一般用医薬品の陳列や広告に関する業務

3. 業務時間（該当する□にレ点を記入）
　□上記1の期間の全ての月にわたり、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。

4. 研修の受講（受講した外部研修の年月日及び概要を記載）

（注意）
1 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とする。
2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書く。
3 規則第 15 条第 2 項（研修中）に該当しない従事期間の証明については、「2.業務内容」の（ ）内を「期間内に登録販売者として行った業務に該当する□にレを記入」と読み替える。
4 連絡先電話番号欄には当該証明の内容について仙台市保健所から照会があった場合に対応できる電話番号を記載すること。
5 業務期間中に許可が切り替わった場合は、許可ごとに分けて作成すること。

様式(AI－3)

（登録販売者用）　　平成　　年　　月　　日

業 務 状 況 証 明 書

仙台市保健所長　様

業務に従事した薬局、店舗
又は配置販売業の名称：
所在地：
薬局開設者又は医薬品の販売業者名：　　印
代表者氏名：
管理者氏名：　　印

業務従事被証明者（＿＿＿＿＿＿＿＿）の一般用医薬品販売に係る実務状況について、下記の通り証明します。なお、本証明に係る根拠とした資料については、仙台市保健所より求めがあれば提出いたします。

記

平成　　年　　月　～　平成　　年　　月分の従事状況

従事期間 （1ヶ月単位で記載）	従事時間 （分単位は切り捨て）	従事期間 （1ヶ月単位で記載）	従事時間 （分単位は切り捨て）
年　月分（　月　日～　月　日）	時間	年　月分（　月　日～　月　日）	時間
年　月分（　月　日～　月　日）	時間	年　月分（　月　日～　月　日）	時間
年　月分（　月　日～　月　日）	時間	年　月分（　月　日～　月　日）	時間
年　月分（　月　日～　月　日）	時間	年　月分（　月　日～　月　日）	時間
年　月分（　月　日～　月　日）	時間	年　月分（　月　日～　月　日）	時間
年　月分（　月　日～　月　日）	時間	年　月分（　月　日～　月　日）	時間
年　月分（　月　日～　月　日）	時間	年　月分（　月　日～　月　日）	時間
年　月分（　月　日～　月　日）	時間	年　月分（　月　日～　月　日）	時間
年　月分（　月　日～　月　日）	時間	年　月分（　月　日～　月　日）	時間
年　月分（　月　日～　月　日）	時間	年　月分（　月　日～　月　日）	時間
年　月分（　月　日～　月　日）	時間	年　月分（　月　日～　月　日）	時間
年　月分（　月　日～　月　日）	時間	年　月分（　月　日～　月　日）	時間

1ヶ月に80時間以上、業務に従事した期間の合計　　年　　月間

本証明に係る根拠とした資料：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（例：　管理日誌、勤務簿など）

上記内容について事実と相違ありません。　（業務従事被証明者）氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（注意事項）

※過去5年において、2年（24ヶ月）間の業務に従事した期間を記載すること。ただし、従事期間については、月単位で1ヶ月に80時間以上業務に従事した期間を記載すること。

様式(AI－4)

（一般従事者用）

実務従事証明書

平成　　年　　月　　日

仙台市保健所長　様

薬局開設者又は
医薬品の販売業者名
代表者氏名　　㊞
（法人の場合は、代表印）
（連絡先電話番号：　　）

管理者氏名　　㊞

下記の者の実務は、以下のとおりであることを証明します。なお，その詳細については別添の実務状況証明書のとおりです。

氏　　名	（生年月日：　　年　　月　　日）
住　　所	〒
薬局、店舗又は配置販売業の名称等	名称：　　許可番号： 業態：該当する□にレを記入すること。 □ 薬局　　□店舗販売業　　□その他（　　）
薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域	

5. 実務期間

年　　月 ～　　年　　月　（　　年　　月間）

6. 実務内容（期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた業務に該当する□にレを記入）

□主に一般用医薬品の販売等の内容を知り得る実務
□資格者による一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
□一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
□一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる実務
□一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務
□一般用医薬品の陳列や広告に関する実務

7. 実務時間（該当する□にレ点を記入）

□上記1の期間の全ての月にわたり、上記2の実務に1か月に合計80時間以上従事した。

8. 研修の受講（受講した外部研修の年月日及び概要を記載）

（注意）

1 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とする。
2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書く。
3 連絡先電話番号欄には当該証明の内容について仙台市保健所から照会があった場合に対応できる電話番号を記載すること。
4 業務期間中に許可が切り替わった場合は、許可ごとに分けて作成すること。

様式(AI－4)

（一般従事者用）　　平成　　年　　月　　日

実 務 状 況 証 明 書

仙台市保健所長　様

実務に従事した薬局、店舗
又は配置販売業の名称：
所在地：
薬局開設者又は医薬品の販売業者名：　　印
代表者氏名：
管理者氏名：　　印

実務従事被証明者（＿＿＿＿＿＿＿＿）の一般用医薬品販売に係る実務状況について、下記の通り証明します。なお、本証明に係る根拠とした資料については、仙台市保健所より求めがあれば提出いたします。

記

平成　　年　　月　～　平成　　年　　月分の従事状況

従事期間 (1ヶ月単位で記載)	従事時間 (分単位は切り捨て)	従事期間 (1ヶ月単位で記載)	従事時間 (分単位は切り捨て)
年　月分(　月　日～　月　日)	時間	年　月分(　月　日～　月　日)	時間
年　月分(　月　日～　月　日)	時間	年　月分(　月　日～　月　日)	時間
年　月分(　月　日～　月　日)	時間	年　月分(　月　日～　月　日)	時間
年　月分(　月　日～　月　日)	時間	年　月分(　月　日～　月　日)	時間
年　月分(　月　日～　月　日)	時間	年　月分(　月　日～　月　日)	時間
年　月分(　月　日～　月　日)	時間	年　月分(　月　日～　月　日)	時間
年　月分(　月　日～　月　日)	時間	年　月分(　月　日～　月　日)	時間
年　月分(　月　日～　月　日)	時間	年　月分(　月　日～　月　日)	時間
年　月分(　月　日～　月　日)	時間	年　月分(　月　日～　月　日)	時間
年　月分(　月　日～　月　日)	時間	年　月分(　月　日～　月　日)	時間
年　月分(　月　日～　月　日)	時間	年　月分(　月　日～　月　日)	時間
年　月分(　月　日～　月　日)	時間	年　月分(　月　日～　月　日)	時間
年　月分(　月　日～　月　日)	時間	年　月分(　月　日～　月　日)	時間
1ヶ月に80時間以上、実務に従事した期間の合計　　年　　月間			

本証明に係る根拠とした資料：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（例：　管理日誌、勤務簿など）

上記内容について事実と相違ありません。　（実務従事被証明者）氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（注意事項）

※過去5年において、2年（24ヶ月）間の実務に従事した期間を記載すること。ただし、従事期間については、月単位で1ヶ月に80時間以上実務に従事した期間を記載すること。

薬剤師免許証
又は販売従事登録証
の写し
（原本持参）

仙台市メール配信サービス登録方法について

仙台市では、メールアドレス等を登録していただいた方に、必要な情報を電子メールで気軽に受け取っていただける「仙台市メール配信サービス」を行っています。

このサービスを利用して、薬局・薬店の業務に関連するお知らせや薬事関係通知などが掲載された本市ホームページの更新情報などを、携帯電話やパソコンで受け取ることができますので、市内薬局や店舗販売業の開設者、管理者の方など、関係者の方はぜひご登録をお願いいたします。

※登録は無料です。ただし、メールの受信等にかかる通信料・パケット通信費は登録された方の負担となります。

登録方法

1　パソコンから登録する場合　ご自分のパソコンや携帯電話へのメール配信を登録できます。

(1)仙台市ホームページのトップページ右列中ほどにある「メール配信サービス」のバナーをクリックするか、次のアドレスを入力して「仙台市メール配信サービスのご案内」ページにある登録ボタンを押して、登録画面に進んでください。→http://www.city.sendai.jp/shisei/1196329_1984.html
(2)パソコンか携帯電話のメールアドレスとパスワードを入力してください。
(3)登録したパソコンや携帯電話に利用者登録完了のメールが届きます。
(4)「配信メール一覧」より「◆医務薬務情報－●薬局・店舗販売業」を選び、登録作業を行ってください。
(5)登録したパソコンや携帯電話に、メール配信希望項目の登録完了のメールが届きます。

2　携帯電話から登録する場合

(1)下のメールアドレスへ空メールを送信してください。
(※メールの件名、本文は空欄のままで送信してください。入力された場合は、受付できない場合があります。)
＜送信先メールアドレス＝ml@sendai-mail.jp＞
二次元コード読み取り可能な携帯電話をお使いの方は、
右の二次元コードをご利用ください。

(2)「仙台市メール配信サービス登録のご案内」の返信メールが届きます。
(3)返信メールに記載してある URL から登録画面に進んでください。
(4)パスワードを入力してください。
(5)利用者登録完了のメールが届きます。
(6)「配信メール一覧」より「◆医務薬務情報－●薬局・店舗販売業」を選び、登録作業を行ってください。
(7)　メール配信希望項目の登録完了のメールが届きます。

※返信メールが届かない場合
迷惑メール対策などで受信拒否設定をしている場合は、「sendai-mail.jp」のドメインからのメールを受信可能に設定変更してください。設定変更の方法は、ご使用の携帯電話の取扱説明書をご覧いただくか、各携帯電話会社へお問い合わせください。

問：仙台市保健所健康安全課　電話 022-214-8085

※ファクシミリによる報告はこちらまで→（ＦＡＸ：０２２－２１１－１９１５）

仙台市メール配信サービスの登録に関する報告書

（あて先）　仙台市保健所長

平成　　年　　月　　日

許可番号／許可年月日	第　　号	年　　月　　日
薬局又は店舗の名称		
薬局又は店舗の連絡先	担当者：	電話：　　－

仙台市メール配信サービス(医務薬務情報)に

１．登録します。（すでに登録している場合も含む。）

２．登録しません。　　理由：

（注）　該当する番号を○で囲み，必要事項を記入すること。

登録についてのアンケートにご協力をお願いいたします。

Q1、登録アドレスはどのようなアドレスですか？（該当するものすべてに○を付けてください。）

a. 店舗にあるパソコンのアドレス

b. 業務用の携帯電話のアドレス

c .管理者個人のパソコンのアドレス

d. 管理者個人の携帯電話のアドレス

e. 店舗以外の開設者のパソコンのアドレス

f. 開設者個人の携帯電話のアドレス

g. その他従事者の個人のパソコンのアドレス

h. その他従事者の個人の携帯電話のアドレス

i. その他（　　）